

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Telaah Pustaka

1. Definisi Keselamatan Pasien (*Patient Safety*)

Keselamatan atau *safety* merupakan prinsip fundamental terhadap perawatan pasien dan komponen kritis dalam manajemen kualitas pelayanan (WHO, 2005). Keselamatan pasien rumah sakit adalah suatu sistem di mana rumah sakit membuat asuhan pasien lebih aman. Sistem tersebut meliputi: penilaian risiko, identifikasi dan pengelolaan hal yang berhubungan dengan risiko pasien, pelaporan dan analisis insiden, kemampuan belajar dari insiden dan tindak lanjutnya serta implementasi solusi untuk meminimalkan timbulnya risiko. Sistem tersebut diharapkan dapat mencegah terjadinya cedera yang disebabkan oleh kesalahan akibat melaksanakan suatu tindakan atau tidak melakukan tindakan yang seharusnya dilakukan (Depkes, 2006).

2. Standar Keselamatan Pasien

Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit (KKPRS) bersama Departemen Kesehatan menyusun tujuh standar keselamatan pasien rumah sakit yang mengacu pada "*Hospital Patient Safety Standards*" yang dikeluarkan oleh *Joint Commision on Accreditation of Health Organizations* yang dikeluarkan dengan situasi dan kondisi perumahsakitan di Indonesia (Depkes, 2006).

Tujuh standar keselamatan pasien tersebut, meliputi:

- a. Hak pasien;
- b. Mendidik pasien dan keluarga;

- c. Keselamatan pasien dan kesinambungan pelayanan;
- d. Penggunaan metoda-metoda peningkatan kinerja untuk melakukan evaluasi dan program peningkatan keselamatan pasien;
- e. Peran kepemimpinan dalam meningkatkan keselamatan pasien;
- f. Mendidik staf tentang keselamatan pasien;
- g. Komunikasi merupakan kunci bagi staf untuk mencapai keselamatan pasien.

Uraian tujuh standar tersebut di atas adalah sebagai berikut:

a. Standar I. Hak Pasien

1) Standar

Pasien dan keluarganya mempunyai hak untuk mendapatkan tentang rencana dan hasil pelayanan termasuk kemungkinan terjadinya Kejadian Tidak Diharapkan (KTD).

2) Kriteria

- a) Harus ada dokter penanggungjawab pelayanan.
- b) Dokter penanggungjawab pelayanan wajib membuat rencana pelayanan.
- c) Dokter penanggungjawab pelayanan wajib memberikan penjelasan secara jelas dan benar kepada pasien dan keluarganya tentang rencana dan hasil pelayanan, pengobatan atau prosedur untuk pasien termasuk kemungkinan terjadinya Kejadian Tidak Diharapkan (KTD).

b. Standar II. Mendidik Pasien dan Keluarga

1) Standar

Rumah sakit harus mendidik pasien dan keluarganya tentang kewajiban dan tanggung jawab pasien dalam asuhan pasien.

- 2) Kriteria
 - a) Memberikan informasi yang benar, jelas, lengkap dan jujur.
 - b) Mengetahui kewajiban dan tanggung jawab pasien dan keluarga.
 - c) Mengajukan pertanyaan-pertanyaan untuk hal yang tidak dimengerti.
 - d) Memahami dan menerima konsekuensi pelayanan.
 - e) Mematuhi instruksi dan menghormati peraturan rumah sakit.
 - f) Memperlihatkan sikap menghormati dan tenggang rasa.
 - g) Memenuhi kewajiban finansial yang disepakati.
- c. Standar III. Keselamatan Pasien dan Kesenambungan Pelayanan
 - 1) Standar

Rumah sakit menjamin kesinambungan pelayanan dan menjamin koordinasi antar tenaga dan antar unit pelayanan.
 - 2) Kriteria
 - a) Terdapat koordinasi pelayanan secara menyeluruh mulai dari saat pasien masuk, pemeriksaan, diagnosis, perencanaan pelayanan, tindakan pengobatan, rujukan dan saat pasien keluar dari rumah sakit.
 - b) Terdapat koordinasi pelayanan yang disesuaikan dengan kebutuhan pasien dan kelayakan sumber daya secara berkesinambungan sehingga pada seluruh tahap pelayanan transisi antar unit pelayanan dapat berjalan baik dan lancar.
 - c) Terdapat koordinasi pelayanan yang mencakup peningkatan komunikasi untuk memfasilitasi dukungan keluarga, pelayanan keparawatan,

pelayanan sosial, konsultasi dan rujukan, pelayanan kesehatan primer dan tindak lanjut lainnya.

- d) Terdapat komunikasi dan transfer informasi antar profesi kesehatan sehingga dapat tercapainya proses koordinasi tanpa hambatan, aman dan efektif.

d. Standar IV. Penggunaan Metoda-metoda Peningkatan Kinerja untuk Melakukan Evaluasi dan Program Keselamatan Pasien.

1) Standar

Rumah sakit harus mendesain proses baru atau memperbaiki proses yang ada, memonitor dan mengevaluasi kinerja melalui pengumpulan data, menganalisis secara intensive Kejadian Tidak Diharapkan, dan melakukan perubahan untuk meningkatkan kinerja serta keselamatan pasien.

2) Kriteria

- a) Setiap rumah sakit harus melakukan proses perancangan (desain) yang baik, mengacu pada visi, misi dan tujuan rumah sakit, kebutuhan pasien, petugas pelayanan kesehatan, kaidah klinis terkini, praktik bisnis yang sehat, dan factor-faktor lain yang berpotensi risiko bagi pasien sesuai dengan “Tujuh Langkah Menuju Keselamatan Pasien Rumah Sakit”.
- b) Setiap rumah sakit harus melakukan pengumpulan yang antara lain terkait dengan: pelaporan insiden, akreditasi, manajemen risiko, utilisasi, mutu pelayanan, keuangan.

- c) Setiap rumah sakit harus melakukan evaluasi intensive terkait dengan semua Kejadian Tidak Diharapkan, dan secara proaktif melakukan evaluasi satu proses kasus risiko tinggi.
 - d) Setiap rumah sakit harus menggunakan data dan informasi hasil analisis untuk menentukan perubahan system yang diperlukan, agar kinerja dan keselamatan pasien terjamin.
- e. Standar V. Peran Kepemimpinan dalam Meningkatkan Keselamatan Pasien.
- 1) Standar
 - a) Pimpinan mendorong dan menjamin implementasi program keselamatan pasien secara terintegrasi dalam organisasi melalui penerapan “Tujuh Langkah Menuju Keselamatan Pasien Rumah Sakit”.
 - b) Pimpinan menjamin berlangsungnya program proaktif untuk identifikasi risiko keselamatan pasien dan program menekan atau mengurangi Kejadian Tidak Diharapkan.
 - c) Pimpinan mendorong dan menumbuhkan komunikasi dan koordinasi antar unit dan individu berkaitan dengan pengambilan keputusan tentang keselamatan pasien.
 - d) Pimpinan mengalokasikan sumber daya yang adekuat untuk mengukur, mengkaji, dan meningkatkan kinerja rumah sakit serta meningkatkan keselamatan pasien.
 - e) Pimpinan mengukur dan mengkaji efektifitas kontribusinya dalam meningkatkan kinerja rumah sakit dan keselamatan pasien.
 - 2) Kriteria

- a) Terdapat tim antar disiplin untuk mengelola keselamatan pasien.
- b) Tersedia program proaktif untuk identifikasi risiko keselamatan dan program meminimalkan insiden, yang mencakup jenis-jenis kejadian yang memerlukan perhatian, mulai dari “Kejadian Nyaris Cidera” (*Near Miss*) sampai “Kejadian Tidak Diharapkan” (*Adverse Event*).
- c) Tersedia mekanisme kerja untuk menjamin bahwa semua komponen rumah sakit terintegrasi dan berpartisipasi dalam program keselamatan pasien.
- d) Tersedia prosedur “cepat-tanggap” terhadap insiden, termasuk asuhan kepada pasien yang terkena musibah, membatasi risiko pada orang lain dan penyampaian informasi yang benar dan jelas untuk keperluan analisis.
- e) Tersedia mekanisme pelaporan internal dan eksternal berkaitan dengan insiden termasuk penyediaan informasi yang benar dan jelas tentang Analisis Akar Masalah (RCA) “Kejadian Nyaris Cidera” dan “Kejadian Sentinel” pada saat program keselamatan pasien mulai dilaksanakan.
- f) Tersedia mekanisme untuk menangani berbagai jenis insiden, misalnya menangani “Kejadian Sentinel” atau kegiatan proaktif untuk memperkecil risiko, termasuk mekanisme untuk mendukung staf dalam kaitannya dengan “Kejadian Sentinel”.
- g) Terdapat kolaborasi dan komunikasi terbuka secara antar unit dan antar pengelola pelayanan di dalam rumah sakit dengan pendekatan antar disiplin.

- h) Terdapat sumber daya dan system informasi yang dibutuhkan dalam kegiatan perbaikan kinerja rumah sakit dan perbaikan keselamatan pasien, termasuk evaluasi berkala terhadap kecukupan sumber daya tersebut.
 - i) Tersedia sasaran ukur, dan pengumpulan informasi menggunakan criteria objektif untuk mengevaluasi efektifitas perbaikan kinerja rumah sakit dan keselamatan pasien, termasuk rencana tindak lanjut dan implementasinya.
- f. Standar VI. Mendidik Staf tentang Keselamatan Pasien
- 1) Standar
 - a) Setiap rumah sakit memiliki program pendidikan, pelatihan dan orientasi untuk setiap jabatan mencakup keterkaitan jabatan dengan keselamatan pasien secara jelas.
 - b) Rumah sakit menyelenggarakan pendidikan dan pelatihan yang berkelanjutan untuk meningkatkan dan memelihara kompetensi staf serta mendukung pendekatan interdisiplin dalam pelayanan pasien.
 - 2) Kriteria
 - a) Setiap rumah sakit harus memiliki program pendidikan, pelatihan dan orientasi bagi staf baru yang memuat topik keselamatan pasien sesuai dengan tugasnya masing-masing.
 - b) Setiap rumah sakit harus mengintegrasikan topik keselamatan pasien dalam setiap kegiatan *in-service training* dan memberi pedoman yang jelas tentang pelaporan insiden.

- c) Setiap rumah sakit harus menyelenggarakan pelatihan tentang kerjasama kelompok (*teamwork*) guna mendukung pendekatan interdisiplin dan kolaboratif dalam rangka melayani pasien.
- g. Standar VII. Komunikasi Merupakan Kunci Bagi Staf untuk Mencapai Keselamatan Pasien.

1) Standar

- a) Rumah sakit merencanakan dan mendesain proses manajemen informasi keselamatan pasien untuk memenuhi kebutuhan informasi internal dan eksternal.
- b) Transmisi data dan informasi harus tepat dan akurat.

2) Kriteria

- a) Perlu disediakan anggaran untuk merencanakan dan mendesain proses manajemen untuk memperoleh data dan informasi tentang hal-hal terkait dengan keselamatan pasien.
- b) Tersedia mekanisme identifikasi masalah dan kendala komunikasi untuk merevisi manajemen informasi yang ada.

3. Tujuh Langkah Menuju Keselamatan Pasien

National Patient Safety Agency (2004) menyusun tujuh langkah menuju keselamatan pasien sebagai panduan untuk melaksanakan keselamatan pasien secara komprehensif di rumah sakit. Tujuh langkah menuju keselamatan pasien rumah sakit tersebut adalah sebagai berikut:

1. Bangun kesadaran akan nilai keselamatan pasien.

2. Pimpin dan dukung staf anda.
3. Integrasikan aktivitas pengelolaan risiko.
4. Kembangkan sistem pelaporan.
5. Libatkan dan berkomunikasi dengan pasien.
6. Belajar dan berbagi pengalaman tentang keselamatan pasien.
7. Cegah cedera melalui implementasi sistem keselamatan pasien.

4. Tujuan Keselamatan Pasien

Tujuan keselamatan pasien menurut Depkes RI adalah:

1. Tercipta budaya keselamatan pasien rumah sakit.
2. Meningkatnya akuntabilitas rumah sakit terhadap pasien dan masyarakat.
3. Menurunnya kejadian tidak diharapkan (KTD) di rumah sakit.
4. Terlaksananya program-program pencegahan sehingga tidak terjadi pengulangan kejadian tidak diharapkan (Depkes, 2006).

5. Sasaran Keselamatan Pasien

Maksud dari sasaran keselamatan pasien adalah mendorong perbaikan yang spesifik dalam keselamatan pasien. Sasaran menyoroti bagian-bagian yang bermasalah dalam pelayanan kesehatan dan menjelaskan bukti serta solusi dari konsensus berbasis bukti dan keahlian atas permasalahan ini. Desain yang baik secara intrinsik adalah untuk memberikan pelayanan kesehatan yang aman dan bermutu tinggi. Dalam PMK No. 1691 tahun 2011 tentang Keselamatan Pasien, sasaran keselamatan pasien meliputi tercapainya hal-hal berikut:

1. Ketepatan Identifikasi Pasien
 - 1) Standar

Rumah sakit mengembangkan pendekatan untuk mengembangkan pendekatan untuk memperbaiki/meningkatkan ketelitian identifikasi pasien.

2) Maksud dan tujuan

Maksud dari sasaran ini adalah untuk melakukan dua kali pengecekan. Pertama untuk identifikasi sebagai individu yang akan menerima pelayanan/pengobatan. Kedua untuk kesesuaian pelayanan pengobatan terhadap individu tersebut. Kebijakan dan atau prosedur yang secara kolaboratif dikembangkan untuk memperbaiki proses identifikasi, khususnya pada proses pemberian obat, darah atau produk darah. Elemen penilaiannya yaitu:

- a) Identifikasi pasien menggunakan dua identitas pasien seperti: nama, nomor rekan medis, tanggal lahir, gelang identitas dan tidak boleh menggunakan nomor kamar atau lokasi pasien.
- b) Identifikasi pasien sebelum pemberian obat, darah atau produk darah.
- c) Identifikasi pasien sebelum mengambil darah dan spesimen lain untuk pemeriksaan klinis.
- d) Identifikasi pasien sebelum pemberian obat dan sebelum tindakan.
- e) Kebijakan dan prosedur mengarahkan pelaksanaan identifikasi yang konsisten pada semua situasi dan lokasi.

2. Peningkatan Komunikasi yang Efektif

1) Standar

Rumah sakit mengembangkan pendekatan untuk meningkatkan efektivitas komunikasi antar para pemberi layanan.

2) Maksud dan tujuan

Komunikasi efektif yang tepat waktu, akurat, lengkap, jelas dan dipahami pasien akan mengurangi kesalahan dan meningkatkan keselamatan pasien. Komunikasi yang mudah terjadi kesalahan saat instruksi diberikan secara lisan dan melalui telepon. Rumah sakit secara kolaboratif mengembangkan suatu kebijakan dan atau prosedur yang mengatur instruksi lisan dan melalui telepon. Elemen penilaiannya, yaitu:

- a) Instruksi lengkap secara lisan dan yang melalui telepon atau hasil pemeriksaan ditulis secara lengkap oleh penerima instruksi.
- b) Instruksi lengkap lisan dan telepon atau hasil pemeriksaan dibacakan kembali oleh penerima perintah.
- c) Instruksi atau hasil pemeriksaan dikonfirmasi oleh pemberi instruksi atau yang menyampaikan hasil pemeriksaan.
- d) Kebijakan dan prosedur mengarahkan pelaksanaan verifikasi keakuratan komunikasi lisan atau melalui telepon secara konsisten.

3. Peningkatan Keamanan Obat yang Perlu Diwaspadai (*High Alert*)

1) Standar

Rumah sakit mengembangkan suatu pendekatan untuk memperbaiki keamanan obat-obat yang perlu diwaspadai (*high alert*).

2) Maksud dan Tujuan

Obat-obatan yang perlu diwaspadai adalah obat-obatan yang sering menyebabkan terjadinya kesalahan dan obat yang berisiko tinggi menyebabkan dampak yang tidak diinginkan, seperti obat-obatan yang

terlihat mirip dan kedengarannya mirip (Nama Obat Rupa dan Ucapan Mirip/NORUM atau *Look Alike Soun Alike/LASA*). Rumah sakit mengembangkan suatu kebijakan dan atau prosedur untuk membuat daftar obat yang perlu diwaspadai berdasarkan data yang ada di rumah sakit. Elemen penilaiannya, yaitu:

- a) Kebijakan dan atau prosedur dikembangkan agar memuat proses identifikasi, menetapkan lokasi, pemerian label dan penyimpanan elektrolit konsentrat.
- b) Implementasi kebijakan dan prosedur.
- c) Elektrolit konsentrat tidak berada di unit pelayanan pasien kecuali jika dibutuhkan secara klinis dan tindakan diambil untuk mencegah pemberian yang kurang hati-hati di area tersebut sesuai kebijakan.
- d) Elektrolit konsentrat yang disimpan pada unit pelayanan pasien harus diberi label yang jelas dan disimpan pada area yang dibatasi ketat.

4. Kepastian Tepat Lokasi, Tepat Prosedur, Tepat Pasien Operasi

1) Standar

Rumah sakit mengembangkan suatu pendekatan untuk memastikan tepat lokasi, tepat prosedur, tepat pasien.

2) Maksud dan Tujuan

Salah lokasi, salah prosedur, salah pada operasi adalah sesuatu yang mengkhawatirkan dan tidak jarang terjadi di rumah sakit. Kesalahan ini akibat komunikasi yang tidak efektif atau tidak adekuat antar anggota tim bedah, tidak melibatkan pasien di dalam penandaan lokasi dan tidak ada

prosedur verifikasi lokasi operasi. Faktor kontribusi lain yaitu pengkajian pasien tidak adekuat, penelaahan ulang catatan medis tidak adekuat, budaya yang tidak mendukung komunikasi terbuka, tulisan tangan yang tidak terbaca dan pemakaian singkatan. Rumah sakit secara kolaboratif mengembangkan suatu kebijakan dan atau prosedur yang efektif dalam mengeliminasi masalah yang mengkhawatirkan ini. Elemen penilaiannya, yaitu:

- a) Rumah sakit menggunakan tanda yang jelas dan dimengerti untuk identifikasi lokasi operasi dan melibatkan pasien di dalam proses penandaan.
- b) Rumah sakit menggunakan *checklist* atau proses lain untuk memverifikasi saat preoperasi tepat lokasi, tepat prosedur, tepat pasien dan semua dokumen dan peralatan yang diperlukan tersedia, tepat dan fungsioanal.
- c) Tim operasi lengkap menerapkan dan mencatat prosedur sebelum memulai tindakan.
- d) Kebijakan dan prosedur dikembangkan untuk mendukung proses yang seragam untuk memastikan tepat lokasi, tepat prosedur, tepat pasien termasuk prosedur medis dan dental yang dilaksanakan di luar kamar operasi.

5. Pengurangan Risiko Infeksi Terkait Perawatan Kesehatan

1) Standar

Rumah sakit mengembangkan suatu pendekatan untuk mengurangi risiko infeksi yang terkait perawatan kesehatan.

2) Maksud dan Tujuan

Pencegahan dan pengendalian infeksi merupakan tantangan terbesar dalam tatanan kesehatan. Peningkatan biaya untuk mengatasi infeksi dalam pelayanan kesehatan merupakan keprihatinan besar bagi pasien dan para professional pelayanan kesehatan. Pusat eliminasi infeksi pada perilaku cuci tangan yang tepat. Rumah sakit mempunyai tugas kolaboratif untuk mengembangkan kebijakan dan atau prosedur yang menyesuaikan atau mengadopsi petunjuk cuci tangan secara umum dan untuk implementasi petunjuk di rumah sakit. Elemen penilaiannya, yaitu:

- a) Rumah sakit mengadopsi atau mengadaptasi pedoman cuci tangan terbaru yang diterbitkan dan sudah diterima secara umum.
- b) Rumah sakit menerapkan program cuci tangan yang efektif.
- c) Kebijakan dan atau prosedur dikembangkan untuk mengerahkan pengurangan secara berkelanjutan risiko dari infeksi yang terkait pelayanan kesehatan.

6. Pengurangan Risiko Pasien Jatuh

1) Standar

Rumah sakit mengembangkan suatu pendekatan untuk mengurangi risiko pasien jatuh.

2) Maksud dan Tujuan

Jumlah kasus pasien jatuh cukup bermakna sebagai penyebab cedera bagi pasien rawat inap. Rumah sakit perlu mengevaluasi risiko pasien jatuh dan mengambil tindakan untuk mengurangi risiko cedera. Evaluasi bisa

termasuk riwayat jatuh, obat dan telaah terhadap konsumsi alcohol, gaya jalan dan keseimbangan serta alat bantu berjalan yang digunakan pasien.

Elemen penilaiannya, yaitu:

- a) Rumah sakit menerapkan proses pengkajian awal pasien risiko jatuh dan melakukan pengkajian ulang bila diindikasikan terjadi perubahan kondisi atau pengobatan.
- b) Langkah-langkah diterapkan untuk mengurangi risiko jatuh bagi yang pada hasil pengkajian dianggap berisiko jatuh.
- c) Langkah-langkah dimonitor hasilnya. Baik keberhasilan pengurangan cedera akibat jatuh dan dampak kejadian tidak diharapkan.
- d) Kebijakan dan atau prosedur dikembangkan untuk mengarahkan pengurangan berkelanjutan risiko pasien cedera akibat jatuh.

6. Keselamatan Pasien dalam Keperawatan

Keselamatan pasien perlu ditekankan dalam keperawatan karena perawat memberi pelayanan berkesinambungan selama 24 jam, jumlah tenaga perawat yang paling banyak dibandingkan dengan tenaga kesehatan lain, perawat berada di berbagai unit kerja rumah sakit, sering melakukan suatu tindakan ataupun prosedur sehingga juga meningkatkan risiko kesalahan, pelaksanaan praktik keperawatan banyak yang memerlukan kolaborasi dengan tenaga kesehatan lain sehingga juga berisiko terjadi kesalahan.

Identifikasi risiko-risiko sejak awal merupakan kunci utama pencegahan terjadinya cedera. Keselamatan pasien sangat tergantung dari pemeliharaan

kultur/budaya saling percaya (*trust*), jujur (*honesty*), integritas (*integrity*), dan keterbukaan dalam komunikasi (*open communication*) diantara pasien dan keluarga dengan pemberi pelayanan dalam suatu sistem pemberi asuhan. Keselamatan pasien dalam keperawatan mencakup hal berikut:

1. Manajemen SDM yang mencakup rekrutmen, training dan retensi.
2. Peningkatan kinerja/*performance*.
3. Keselamatan lingkungan dan manajemen risiko yang meliputi pengendalian infeksi, pemberian obat, perlengkapan/alat, pemberian asuhan, lingkungan pasien yang aman, dan lain-lain (Herawati, 2011).

7. Insiden Keselamatan Pasien

a. Pengertian Insiden Keselamatan Pasien

Institute of Medication menjelaskan *patient safety* didefinisikan sebagai berikut: “*An adverse even results in unintended harm to the patient by an act of commission or omission rather than by the underlying disease or condition of the patient.*” Sementara dalam PMK No. 1691 Tahun 2011, insiden keselamatan pasien yang selanjutnya disebut insiden adalah setiap kejadian yang tidak disengaja dan kondisi yang mengakibatkan atau berpotensi mengakibatkan cedera yang dapat dicegah pada pasien. Insiden keselamatan pasien juga merupakan akibat dari melaksanakan suatu tindakan (*commission*) atau tidak mengambil tindakan yang seharusnya diambil (*omission*) (Depkes, 2008). Namun demikian, penyebab terjadinya insiden keselamatan pasien di rumah sakit sangat kompleks, melibatkan semua bagian dalam sistem yang berlaku di rumah sakit.

b. Jenis-jenis Insiden Keselamatan Pasien

Berdasarkan PMK No. 1691 Tahun 2011, tentang Keselamatan Pasien Rumah Sakit, insiden keselamatan pasien terdiri dari:

1) Kejadian Tidak Diharapkan (KTD)

Suatu kejadian yang tidak diharapkan yang mengakibatkan cedera pada pasien akibat melaksanakan suatu tindakan atau tidak mengambil tindakan yang seharusnya diambil, dan bukan karena penyakit dasarnya atau kondisi pasien. Kejadian tersebut dapat terjadi di semua tahapan dalam perawatan dari diagnosis, pengobatan dan pencegahan (Reason, dalam *To Err is Human: Building a Safer Health System*).

2) Kejadian Tidak Cedera (KTC)

Suatu insiden yang sudah terpapar ke pasien, tetapi tidak mengakibatkan cedera.

3) Kejadian Nyaris Cedera (KNC)

Kejadian nyaris cedera adalah terjadinya insiden yang belum sampai terpapar ke pasien. Misalnya suatu obat dengan overdosis lethal akan diberikan, tetapi staf lain mengetahui dan membatalkannya sebelum obat diberikan kepada pasien.

4) Kejadian Potensial Cedera (KPC)

Kejadian potensial cedera adalah kondisi yang sangat berpotensi untuk menimbulkan cedera, tetapi belum terjadi insiden. Misalnya obat-obatan LASA (*Look Alike Sound Alike*) disimpan berdekatan.

5) Kejadian Sentinel

Adalah suatu KTD yang mengakibatkan kematian atau cedera yang serius. Biasanya dipakai untuk kejadian yang sangat tidak diharapkan atau tidak dapat diterima seperti: operasi pada bagian tubuh yang salah. Pemilihan kata sentinel terkait dengan keseriusan cedera yang terjadi, sehingga pencarian fakta-fakta terhadap kejadian ini mengungkapkan adanya masalah yang serius pada kebijakan dan prosedur yang berlaku.

c. Faktor-faktor yang Berpengaruh Terhadap Insiden Keselamatan Pasien

Insiden keselamatan pasien dihasilkan dari interaksi atau kecenderungan dari beberapa faktor yang diperlukan kecuali beberapa faktor yang tidak sesuai. Kekurangan pada faktor-faktor tersebut terlihat pada sistem, telah lama ada sebelum terjadi suatu insiden. Point terpenting adalah pada pemahaman bahwa ada kebutuhan untuk menyadari dan memahami fungsi dari banyaknya sistem yang masing-masing berkaitan dengan setiap penyedia layanan kesehatan dan bagaimana kebijakan serta tindakan yang diambil pada suatu bagian (dalam sistem tersebut) akan berdampak pada keamanan, kualitas, dan efisiensi pada sistem bagian lainnya.

Sebuah istilah yang dikenal dalam bidang keselamatan pasien adalah bahwa setiap sistem secara sempurna dirancang untuk meraih hasil yang didapatkan (Henrisken *et al.*, 2008). Istilah tersebut dipopulerkan oleh seorang dokter. Donald Berwick dari Institut Pengembangan Pelayanan Kesehatan, yang sangat fokus pada dasar sistem. Dengan perspektif sistem, fokus adalah pada interaksi dan kebergantungan diantara banyak komponen (yang membentuk sistem) dan tidak berarti hanya komponen di dalam sistem tersebut saja.

Pendekatan sistem memberikan perspektif yang luas dalam mencari solusi dalam lingkungan secara fisik dan budaya. Sebagai contoh yaitu bagaimana pengaturan unit, prosedur pelayanan kesehatan, transfer pengetahuan oleh organisasi (*organizational knowledge transfer*), kesalahan teknis, kurangnya kebijakan dan prosedur, komunikasi antar tim dan isu dalam ketenagaan mempengaruhi seorang individu dalam memberikan layanan yang aman dan berkualitas. Apabila hal tersebut tidak terpenuhi maka akan menghasilkan *error* atau kesalahan (Carayon, 2003). Akar permasalahan dari bahaya teridentifikasi menurut definisi berikut ini:

- a. *Latent failure* yaitu melibatkan pengambilan keputusan yang mempengaruhi kebijakan, prosedur organisasi, dan alokasi sumber daya.
- b. *Active failure* yaitu kontak langsung dengan pasien.
- c. *Organizational failure* yaitu kegagalan secara tidak langsung yang melibatkan manajemen, budaya, organisasi, proses/ protokol, transfer pengetahuan dan faktor eksternal.
- d. *Technical failure* yaitu kegagalan secara tidak langsung dari fasilitas atau sumberdaya eksternal.

Depkes (2006) mengungkapkan bahwa faktor yang berkontribusi terhadap terjadinya insiden keselamatan pasien adalah: faktor eksternal/luar rumah sakit, faktor organisasi dan manajemen, faktor lingkungan kerja, faktor tim, faktor petugas dan kinerja, faktor tugas, faktor pasien, dan faktor komunikasi. Sementara itu, *Agency for Healthcare Research and Quality/AHRQ* (2003) mengatakan bahwa faktor yang dapat menimbulkan insiden keselamatan pasien

adalah komunikasi, arus informasi yang tidak adekuat, masalah SDM, hal-hal yang berhubungan dengan pasien, transfer pengetahuan di rumah sakit, alur kerja, kegagalan teknis, kebijakan dan prosedur yang tidak adekuat. Dengan demikian, dapat disimpulkan bahwa potensi yang menyebabkan insiden keselamatan pasien sebenarnya sudah ada atau terjadi jauh sebelum dilakukannya pelayanan kesehatan pada pasien dan perawat merupakan *barrier* terakhir dari terjadinya insiden tersebut pada pasien.

8. Peran Perawat dalam Pemberian Obat

Perawat bertanggung jawab dalam pemberian obat-obatan yang aman. Perawat harus mengetahui semua komponen dari perintah pemberian obat dan mempertanyakan perintah tersebut jika tidak lengkap atau tidak jelas atau dosis yang diberikan di luar batas yang direkomendasikan. Secara hukum perawat bertanggung jawab jika mereka memberikan obat yang diresepkan dan dosisnya tidak benar atau obat tersebut merupakan kontraindikasi bagi status kesehatan klien. Sekali obat telah diberikan, perawat bertanggung jawab pada efek obat yang diduga bakal terjadi. Buku-buku referensi obat seperti: Daftar Obat Indonesia (DOI), *Physicians' Desk Reference* (PDR), dan sumber daya manusia, seperti ahli farmasi, harus dimanfaatkan perawat jika merasa tidak jelas mengenai reaksi terapeutik yang diharapkan, kontraindikasi, dosis, efek samping yang mungkin terjadi, atau reaksi yang merugikan dari pengobatan (Kee and Hayes, 2000).

Pemberian obat menjadi salah satu tugas kolaboratif perawat yang paling penting, karena:

- a. Perawat merupakan mata rantai terakhir dalam proses pemberian obat kepada pasien.
- b. Perawat bertanggung jawab bahwa obat sudah diberikan dan memastikan bahwa obat itu benar diminum oleh pasien.
- c. Perawat yang paling tahu tentang kebutuhan dan respon pasien terhadap pengobatan. Misalnya: pasien yang sukar menelan, muntah atau tidak dapat minum obat tertentu.
- d. Perawat hampir 24 jam waktunya disediakan untuk memenuhi kebutuhan pasien.

Perawat harus terampil dan tepat saat memberikan obat, tidak sekedar memberikan pil untuk diminum (oral) atau injeksi obat melalui pembuluh darah (parenteral), namun juga mengobservasi respon klien terhadap pemberian obat tersebut. Pengetahuan tentang manfaat dan efek samping obat sangat penting dimiliki oleh perawat. Perawat memiliki peran yang utama dalam meningkatkan dan mempertahankan kesehatan klien dengan mendorong klien untuk lebih proaktif jika membutuhkan pengobatan. Perawat berusaha membantu klien dalam membangun pengertian yang benar dan jelas tentang pengobatan, mengkonsultasikan setiap obat yang dipesankan dan turut serta bertanggungjawab dalam pengambilan keputusan tentang pengobatan bersama dengan tenaga kesehatan lain. Perawat dalam memberikan obat juga harus memperhatikan resep obat yang diberikan harus tepat, hitungan yang tepat pada dosis yang diberikan sesuai resep dan selalu menggunakan prinsip 12 benar, yaitu:

1. Benar klien

Klien yang benar dapat dipastikan dengan memeriksa identitas klien, dan meminta klien menyebutkan namanya sendiri. Beberapa klien akan menjawab dengan nama sembarang atau tidak berespon, maka gelang identifikasi harus diperiksa pada setiap klien pada setiap kali pengobatan. Pada keadaan gelang identifikasi hilang, perawat harus memastikan identitas klien dan meminta klien menyebutkan namanya sendiri. Beberapa klien akan menjawab dengan nama sembarang atau tidak berespon, maka gelang identifikasi harus diperiksa pada setiap klien pada setiap kali pengobatan. Pada keadaan gelang identifikasi hilang, perawat harus memastikan identitas klien sebelum setiap obat diberikan. Dalam keadaan di mana klien tidak memakai gelang identifikasi (sekolah, kesehatan kerja, atau klinik berobat jalan), perawat juga bertanggung jawab untuk secara tepat mengidentifikasi setiap orang pada saat memberikan pengobatan.

2. Benar obat

- 1) Klien dapat menerima obat yang telah diresepkan oleh seorang dokter, dokter gigi, atau pemberi asuhan kesehatan yang memiliki izin praktik dengan wewenang dari pemerintah. Perintah melalui telepon untuk pengobatan harus ditandatangani oleh dokter yang Perintah pengobatan mungkin diresepkan menelepon dalam waktu 24 jam. Komponen dari perintah pengobatan adalah: (1) tanggal dan saat perintah ditulis, (2) nama obat, (3) dosis obat, (4) rute pemberian, (5) frekuensi pemberian, dan (6) tanda tangan dokter atau pemberi asuhan kesehatan. Meskipun merupakan tanggung jawab perawat untuk mengikuti perintah yang tepat, tetapi jika salah satu komponen tidak ada atau perintah pengobatan tidak lengkap, maka obat tidak boleh diberikan

dan harus segera menghubungi dokter tersebut untuk mengklarifikasinya (Kee and Hayes, 2000).

- 2) Perawat bertanggungjawab untuk mengikuti perintah yang tepat.
- 3) Perawat harus menghindari kesalahan yaitu dengan membaca label obat minimal 3x:
 - a) Pada saat melihat botol atau kemasan obat.
 - b) Sebelum menuang atau mengisap obat.
 - c) Setelah menuang atau mengisap obat.
 - d) Memeriksa apakah perintah pengobatan lengkap dan sah.
 - e) Mengetahui alasan mengapa klien menerima obat tersebut.
 - f) Memberikan obat-obatan tanda: nama obat, tanggal kadaluarsa.
3. Benar dosis obat
 - 1) Dosis yang diberikan klien sesuai dengan kondisi klien.
 - 2) Dosis yang diberikan dalam batas yang direkomendasikan untuk obat yang bersangkutan.
 - 3) Perawat harus teliti dalam menghitung secara akurat jumlah dosis yang akan diberikan, dengan mempertimbangkan hal-hal sebagai berikut: tersedianya obat dan dosis obat yang diresepkan atau diminta, pertimbangan berat badan klien (mg/KgBB/hari), jika ragu-ragu dosis obat harus dihitung kembali dan diperiksa oleh perawat lain.
 - 4) Melihat batas yang direkomendasikan bagi dosis obat tertentu.
4. Benar waktu pemberian
 - 1) Pemberian obat harus sesuai dengan waktu yang telah ditetapkan.

- 2) Waktu yang benar adalah saat dimana obat yang diresepkan harus diberikan. Dosis obat harian diberikan pada waktu tertentu dalam sehari, seperti b.i.d (dua kali sehari), t.i.d (tiga kali sehari), q.i.d (empat kali sehari), atau q6h (setiap 6 jam), sehingga kadar obat dalam plasma dapat dipertahankan. Obat-obat dengan waktu paruh pendek diberikan beberapa kali sehari pada selang waktu yang tertentu.
 - 3) Pemberian obat harus sesuai dengan waktu paruh obat ($t_{1/2}$). Obat yang mempunyai waktu paruh panjang diberikan sekali sehari, dan untuk obat yang memiliki waktu paruh pendek diberikan beberapa kali sehari pada selang waktu tertentu.
 - 4) Pemberian obat juga memperhatikan diberikan sebelum atau sesudah makan atau bersama makanan.
 - 5) Memberikan obat seperti kalium dan aspirin yang dapat mengiritasi mukosa lambung bersama-sama dengan makanan.
 - 6) Menjadi tanggung jawab perawat untuk memeriksa apakah klien telah dijadwalkan untuk memeriksa diagnostik, seperti tes darah puasa yang merupakan kontraindikasi pemeriksaan obat.
5. Benar cara pemberian
- 1) Memperhatikan proses absorpsi obat dalam tubuh harus tepat dan memadai.
 - 2) Memperhatikan kemampuan klien dalam menelan sebelum memberikan obat-obat peroral.
 - 3) Menggunakan teknik aseptik sewaktu memberikan obat melalui rute parenteral.

4) Memberikan obat pada tempat yang sesuai dan tetap bersama dengan klien sampai obat oral telah ditelan.

6. Benar dokumentasi

Pemberian obat sesuai dengan standar prosedur yang berlaku di rumah sakit dan selalu mencatat informasi yang sesuai mengenai obat yang telah diberikan serta respon klien terhadap pengobatan.

7. Benar pendidikan kesehatan perihal medikasi klien

Perawat mempunyai tanggung jawab dalam melakukan pendidikan kesehatan pada pasien, keluarga, dan masyarakat luas terutama yang berkaitan dengan obat seperti manfaat obat secara umum, penggunaan obat yang baik dan benar, alasan terapi obat dan kesehatan yang menyeluruh, hasil yang diharapkan setelah pemberian obat, efek samping dan reaksi yang merugikan dari obat, interaksi obat dengan obat dan obat dengan makanan, perubahan-perubahan yang diperlukan dalam menjalankan aktivitas sehari-hari selama sakit dan sebagainya.

8. Benar hak klien untuk menolak

1) Klien berhak untuk menolak dalam pemberian obat. Perawat harus memberikan *inform consent* dalam pemberian obat.

2) Hak klien mengetahui alasan pemberian obat

Hak ini adalah prinsip dari memberikan persetujuan setelah mendapatkan informasi (*Informed concent*), yang berdasarkan pengetahuan individu yang diperlukan untuk membuat suatu keputusan.

3) Hak klien untuk menolak pengobatan

Klien dapat menolak untuk pemberian suatu pengobatan. Adalah tanggung jawab perawat untuk menentukan, jika memungkinkan, alasan penolakan dan mengambil langkah-langkah yang perlu untuk mengusahakan agar klien mau menerima pengobatan. Jika suatu pengobatan ditolak, penolakan ini harus segera didokumentasikan. Perawat yang bertanggung jawab, perawat primer, atau dokter harus diberitahu jika pembatalan pemberian obat ini dapat membahayakan klien, seperti dalam pemberian insulin. Tindak lanjut juga diperlukan jika terjadi perubahan pada hasil pemeriksaan laboratorium, misalnya pada pemberian insulin atau warfarin (Kee and Hayes, 2000).

9. Benar pengkajian

Perawat selalu memeriksa ttv sebelum pemberian obat.

10. Benar evaluasi

Perawat selalu melihat atau memantau efek kerja dari obat setelah pemberiannya.

11. Benar reaksi terhadap makanan

Obat memiliki efektivitas jika diberikan pada waktu yang tepat. Jika obat itu harus diminum sebelum makan (ante cium atau a.c) untuk memperoleh kadar yang diperlukan harus diberi satu jam sebelum makan misalnya tetrasiklin dan sebaiknya ada obat yang harus diminum setelah makan misalnya indometasin.

12. Benar reaksi dengan obat lain

Pada penggunaan obat seperti chloramphenicol diberikan dengan omeprazol penggunaan pada penyakit kronis. Implikasi keperawatan dalam farmakologi mencakup hal-hal yang berkaitan dengan proses keperawatan antara lain pengkajian, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi (Kee and Hayes, 2000).

Beberapa hal yang perlu dikaji dalam pengelolaan farmakologi:

- a. Keadaan pasien/identifikasi pasien
 - 1) Usia: bayi, anak-anak, dewasa dan lansia.
 - 2) Reaksi: bagaimana reaksi pasien setelah minum obat.
 - 3) Pola kebiasaan: kebiasaan pasien pada waktu minum obat, misalnya dengan memakai air minum, pisang dan lain-lain.
 - 4) Persepsi pasien tentang obat: khasiat obat, sugesti terhadap obat.
- b. Keadaan obat/identifikasi obat
 - 1) Dosis obat sesuai umur pasien
 - 2) Bentuk obat apakah padat, cair suspensi.
 - 3) Penggunaan obat: oral, sub-lingual, ditelan atau dikunyah.
- c. Efek samping obat (*side effect*)
- d. Etiket
 - 1) Obat luar atau obat dalam (obat dalam diberi etiket putih, obat luar diberi etiket biru).
 - 2) Tanggal/bulan/tahun kadaluarsa obat.
 - 3) Jenis obat (sedative, antihistamine, antibiotic, deuresis, dan lain-lain).
- e. Keadaan pasien

Hal yang perlu dikaji adalah apakah pasien sedang menjalani terapi khusus:

 - 1) Penderita TBC aktif.
 - 2) Penderita kusta aktif.
 - 3) Penderita epilepsi.
 - 4) Penderita malnutrisi.

f. Ada tidaknya riwayat alergi obat

Bila mana ada pasien yang tidak tahan akan jenis obat tertentu maka harus ditulis dengan jelas pada status pasien dengan tinta merah, agar dokter dapat memilih obat lain yang lebih aman.

Beberapa hal yang perlu diperhatikan dalam pelaksanaan kolaborasi pemberian obat adalah sebagai berikut:

- a. Perawat yang membagi obat harus bekerja dengan penuh konsentrasi dan tenang.
- b. Setelah mengecek perintah pengobatan, bacalah tabel tiga kali ketika mempersiapkan obat:
 - 1) Saat mengambil obat.
 - 2) Saat membuka/menuang atau mencampur.
 - 3) Saat mengembalikan.
- c. Obat yang sudah lama, lebih-lebih yang sudah hilang etiketnya atau tidak jelas jangan dipakai.
- d. Cara pemberian obat harus memperhatikan prinsip 12 benar.
- e. Perhatikan pasien waktu minum obat, jangan meninggalkan obat diatas meja.
- f. Jangan sekali-kali memberikan obat-obatan yang telah disiapkan orang lain, kecuali jelas ditugaskan kepada kita.
- g. Perhatikan reaksi pasien setelah minum obat.

- h. Mencatat atau membubuhkan paraf pada waktu atau pada status pasien setelah memberikan obat.
- i. Obat-obatan harus disimpan sesuai dengan syarat-syarat penyimpanan masing-masing obat, misalnya: lemari es, tempat yang sejuk, gelap dan lain-lain.
- j. Obat-obat yang dibeli sendiri oleh pasien harus disimpan dalam lemari obat pada tempat khusus, dengan etiket nama yang jelas.
- k. Menuangkan obat-obatan cair, jangan pada sisi yang ada etiketnya dan sejajar dengan mata.
- l. Setiap kali selesai mengambil obat, tempat obat ditutup kembali.
- m. Bila terjadi kesalahan dalam memberikan obat harus segera dilaporkan kepada yang bertanggung jawab.
- n. Usahakan agar tangan selalu bersih, ketika akan memberikan obat-obatan.

Peran dan tanggung jawab perawat sehubungan dengan pemberian obat:

- a. Perawat harus mempunyai pengetahuan dan pemahaman yang memadai mengenai obat.
- b. Mendukung keefektivitasan obat.
- c. Mengobservasi efek samping dan alergi obat.
- d. Menyimpan, menyiapkan dan administrasi obat.
- e. Melakukan pendidikan kesehatan tentang obat.
- f. Perawatan, pemeliharaan dan pemberian banyak obat-obatan merupakan tanggung jawab besar bagi perawat.

Kesalahan dapat terjadi pada instruksi, pembagian, penamaan dan pengintrepretasian instruksi sesuai dengan penatalaksanaan obat. Obat harus tidak

diberikan perawat tanpa membawa resep tertulis kecuali pada saat kegawatan. Tanggung jawab ini hanya bisa dilimpahkan dengan persetujuan dari petugas yang memiliki wewenang. Berdasarkan hal-hal tersebut di atas, jelaslah bahwa pemberian obat pada klien merupakan fungsi dasar keperawatan yang membutuhkan ketrampilan teknik dan pertimbangan terhadap perkembangan klien. Perawat yang memberikan obat-obatan pada klien diharapkan mempunyai pengetahuan dasar mengenai obat dan prinsip-prinsip dalam pemberian obat (Kee and Hayes, 2000).

B. Penelitian Terdahulu

Beberapa penelitian sejenis yang telah dilakukan sebelumnya oleh peneliti lain, diantaranya sebagai berikut:

1. Analisis Pengetahuan dan Motivasi Perawat yang Mempengaruhi Sikap Mendukung Penerapan *Patient Safety* di Instalasi Perawatan Intensive RSUD dr Moewardi Surakarta. Penelitian ini dilakukan oleh Ariyani (2008). Hasil penelitiannya menunjukkan pengetahuan perawat pelaksana tentang konsep keselamatan pasien baik (76,3%), motivasi mendukung penerapan program keselamatan pasien tinggi (71,1%).

Hasil analisis menunjukkan ada hubungan antara pengetahuan perawat dengan sikap mendukung penerapan program keselamatan pasien, ada hubungan antara motivasi dengan sikap mendukung penerapan program keselamatan pasien dan ada pengaruh bersama-sama pengetahuan perawat dan motivasi perawat terhadap sikap mendukung penerapan program keselamatan pasien. Untuk perawat yang mempunyai pengetahuan tidak baik mempunyai resiko sikap mendukung rendah 2 kali dari yang

mempunyai sikap mendukung tinggi dan perawat yang mempunyai persepsi motivasi tidak baik mempunyai resiko sikap mendukung rendah adalah 2 kali dari yang mempunyai motivasi tinggi.

Penelitian yang dilakukan Ariyani (2008) mempunyai perbedaan yaitu jenis penelitiannya merupakan penelitian observasional dengan pendekatan deskriptik analitik, sedangkan populasi yang diteliti yaitu total perawat pelaksana di Instalasi Perawatan Intensive. Persamaan penelitiannya yaitu sama-sama meneliti tentang keselamatan pasien.

2. Perilaku Perawat dalam Mencegah Luka Dekubitus Sebagai Upaya Penyelenggaraan *Patient Safety* di Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Bantul. Penelitian ini dilakukan oleh Bayu Anggileo Pramesona (2012). Hasil dari penelitian menunjukkan perilaku perawat dalam mencegah luka di ruang ICU termasuk dalam kategori baik sedangkan di ruang AI Insan termasuk dalam kategori buruk. Kebijakan RS PKU Muhammadiyah bantul terkait pencegahan luka dekubitus dengan memasukkan Angka Kejadian Dekubitus (AKD) sebagai salah satu indikator mutu keperawatan. Kebijakan yang lain berupa memberikan pelatihan kepada perawat tentang pelatihan tentang perawatan luka dan tentang keselamatan pasien yang kemudian disosialisasikan kepada seluruh karyawannya. Hasil penelitiannya juga menunjukkan masih banyak perawat yang melakukan pekerjaan yang bukan menjadi tanggungjawabnya sehingga tidak maksimalnya perawatan khususnya upaya pencegahan luka dekubitus.

Persamaan penelitian yaitu sama-sama meneliti tentang keselamatan pasien dalam hal pengurangan risiko infeksi yang mengacu sasaran keselamatan pasien

internasional. Dalam hal pengurangan risiko infeksi peneliti mengambil mencegah terjadinya infeksi nosokomial, sedangkan penelitian Bayu Anggelio mengambil mencegah terjadinya luka dekubitus.

3. Analisis Penyebab Insiden Keselamatan Pasien oleh Perawat di Unit Rawat Inap Rumah Sakit X Jakarta

Penelitian ketiga ini dilakukan oleh Dede Sri Mulyana (2013). Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa variabel karakteristik individu, yang terdiri dari usia, masa kerja, dan kompetensi, dan variabel kerjasama yang memiliki hubungan signifikan terhadap kejadian IKP dengan nilai p value masing-masing sebesar 0,028; 0,010; 0,028; dan 0,012. Dengan kata lain, variabel yang paling berpengaruh terhadap kejadian IKP adalah variabel karakteristik individu sehingga hasil studi ini bisa menjadi pertimbangan bagian SDM, Komite Keperawatan, dan Bagian Keperawatan Rumah Sakit X dalam melakukan seleksi dan pengembangan kualitas SDM keperawatan dalam upaya meningkatkan keselamatan pasien.

Persamaan kedua penelitian terletak pada topik kajian mengenai Insiden Keselamatan Pasien (IKP) yang salah satu indikator sarasannya adalah kesalahan pemberian obat oleh perawat. Perbedaan kedua penelitian ini, antara lain: variabel penelitian, di mana penelitian ini nantinya hanya memfokuskan perhatiannya pada capaian indikator sasaran berupa kesalahan pemberian obat oleh perawat; jenis penelitian, yaitu penelitian ketiga ini merupakan deskriptif kuantitatif, sedangkan penelitian ini nantinya merupakan penelitian deskriptif kualitatif; instrument penelitian, yaitu penelitian ketiga menggunakan angket/kuesioner, sedangkan penelitian ini nantinya menggunakan *Focus Group Discussion* (FGD) sehingga

teknik analisis data juga menggunakan analisis kualitatif dengan mengedepankan aspek kedalaman interpretasi dan analisis dari data lapangan.

4. Hubungan Tingkat Pendidikan dan Lama Kerja Perawat dengan Penerapan Prinsip “Enam Tepat” dalam Pemberian Obat di Ruang Rawat Inap RS. Dr. Kariadi Semarang.”

Penelitian ini dilakukan oleh Yuni Armiyat (2013) yang bertujuan untuk mengetahui penerapan prinsip enam tepat dalam pemberian obat di Ruang rawat inap RS Dr. Kariadi Semarang dan mengetahui hubungan tingkat pendidikan dan lama kerja perawat dengan penerapan prinsip enam tepat dalam pemberian obat di Ruang rawat inap RS Dr. Kariadi Semarang. Hasil penelitian menunjukkan bahwa semua perawat belum menerapkan prinsip “enam tepat” dalam pemberian obat secara keseluruhan dengan urutan ketepatan adalah sebagai berikut :(1) tepat dosis, (2) tepat waktu, (3) tepat pasien, (4) tepat pendokumentasian, (5) tepat cara dan terakhir adalah (6) tepat obat.

Hasil penelitian juga menunjukkan bahwa tidak ada hubungan tingkat pendidikan dan lama kerja perawat dengan penerapan prinsip”enam tepat”dalam pemberian obat. Masih banyak faktor lain yang mempengaruhi penerapan prinsip”enam tepat” dalam pemberian obat oleh perawat. Upaya penerapan prinsip”enam tepat” dapat dilakukan dengan sosialisasi, pengawasan dan pelatihan bagi perawat.

Persamaan kedua penelitian terletak pada ruang topik permasalahan mengenai pemberian obat oleh perawat dalam program keselamatan pasien di rumah sakit. Perbedaan kedua penelitian, antara lain: variabel penelitian, yaitu penelitian keempat

ini terdiri dari tingkat pendidikan, lama kerja, dan penerapan prinsip “Enam Tepat” dalam pemberian obat oleh perawat, sedangkan penelitian ini nantinya menggunakan indikator sasaran kesalahan pemberian obat oleh perawat dalam program keselamatan pasien; jenis penelitian, yaitu penelitian keempat menggunakan deskriptif analitik menggunakan uji statistic non parametrik *Kendall tau* dan *Sperman rho* dengan pendekatan *cross sectional*, sedangkan penelitian ini nantinya menggunakan deskriptif kualitatif dengan teknik pengambilan data berupa *Focus Group Discussion* (FGD); perbedaan lainnya terletak pada waktu, tempat, populasi, dan sampel penelitian.

C. Landasan Teori

Departemen Kesehatan Republik Indonesia mendefinisikan keselamatan pasien rumah sakit adalah suatu sistem di mana rumah sakit membuat asuhan pasien lebih aman. Sistem tersebut meliputi: penilaian resiko, identifikasi dan pengelolaan hal yang berhubungan dengan resiko pasien, pelaporan dan analisis insiden, kemampuan belajar dari insiden dan tindak lanjutnya serta implementasi solusi untuk meminimalkan timbulnya risiko. Sistem tersebut diharapkan dapat mencegah terjadinya insiden keselamatan pasien (IKP) yang disebabkan oleh kesalahan akibat melaksanakan suatu tindakan yang seharusnya tidak dilakukan atau tidak melakukan tindakan yang seharusnya dilakukan oleh perawat sesuai dengan tugas dan kewenangannya.

Di dalam PMK No. 1691 (2011) yang mengacu *Nine life saving Patient Safety Solution* dari *WHO patient safety* tahun 2007 yang digunakan oleh Komite Keselamatan Pasien Rumah sakit – Perhimpunan Rumah sakit Indonesia (KKPRS - PERSI) dan *Joint*

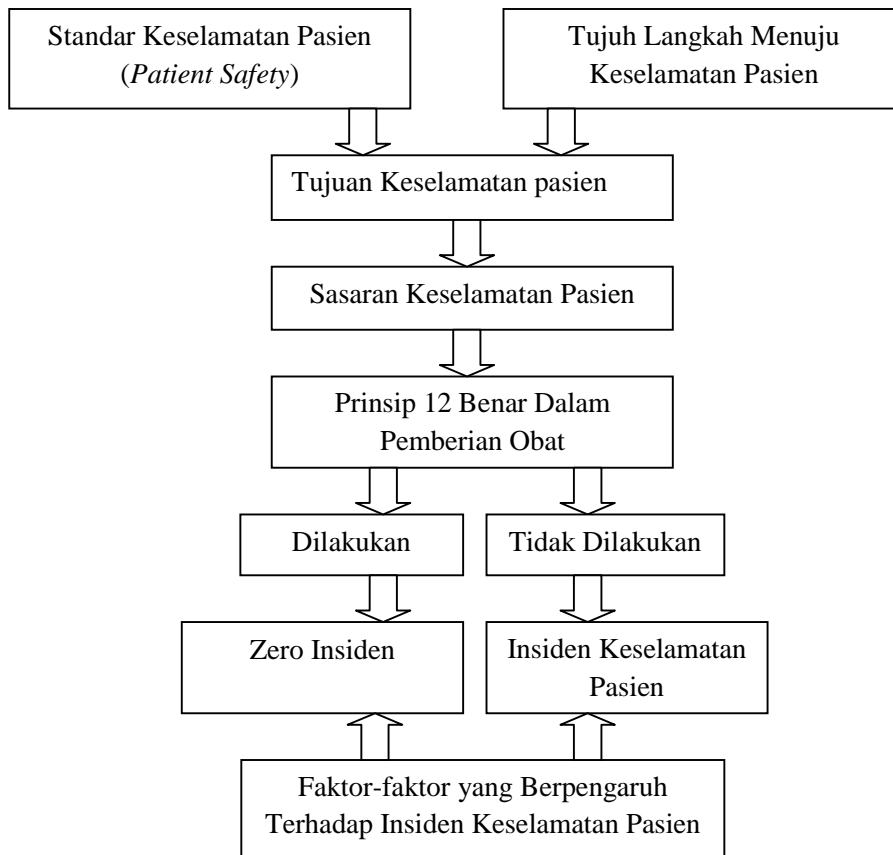
Commission International (JCI) menyebutkan ada enam sasaran keselamatan pasien. Enam sasaran tersebut ialah ketepatan identifikasi pasien, peningkatan komunikasi yang efektif, peningkatan keamanan obat yang perlu diwaspadai (*High alert*), kepastian tepat lokasi tepat prosedur tepat pasien operasi, pengurangan infeksi akibat perawatan kesehatan dan pengurangan risiko pasien jatuh. Maksud dari sasaran keselamatan pasien adalah mendorong perbaikan spesifik dalam keselamatan pasien untuk terciptanya pelayanan kesehatan yang aman dan bermutu tinggi. Salah satu indikator sasaran keselamatan pasien adalah kesalahan pemberian obat.

Pemberian obat pada klien merupakan fungsi dasar keperawatan yang membutuhkan ketrampilan teknik dan pertimbangan terhadap perkembangan klien. Perawat yang memberikan obat-obatan pada klien diharapkan mempunyai pengetahuan dasar mengenai obat dan prinsip-prinsip dalam pemberian obat. Secara hukum perawat bertanggung jawab jika mereka memberikan obat yang diresepkan dan dosisnya tidak benar atau obat tersebut merupakan kontraindikasi bagi status kesehatan klien. Sekali obat telah diberikan, perawat bertanggung jawab pada efek obat yang diduga bakal terjadi.

Perawat wajib memiliki pengetahuan dan pemahaman yang baik mengenai reaksi terapeutik yang diharapkan, kontraindikasi, dosis, efek samping yang mungkin terjadi, atau reaksi yang merugikan dari pengobatan (Kee and Hayes, 2000). Mengingat pemberian obat menjadi salah satu tugas kolaboratif perawat yang paling penting dalam sistem pelayanan kesehatan di rumah sakit. Oleh sebab itu, perawat harus terampil dan tepat saat memberikan obat, tidak sekedar memberikan pil untuk diminum (oral) atau injeksi obat melalui pembuluh darah (parenteral), namun juga mengobservasi respon klien terhadap pemberian obat tersebut.

Pengetahuan tentang manfaat dan efek samping obat sangat penting dimiliki oleh perawat. Perawat memiliki peran yang utama dalam meningkatkan dan mempertahankan kesehatan klien dengan mendorong klien untuk lebih proaktif jika membutuhkan pengobatan. Perawat berusaha membantu klien dalam membangun pengertian yang benar dan jelas tentang pengobatan, mengkonsultasikan setiap obat yang dipesankan dan turut serta bertanggungjawab dalam pengambilan keputusan tentang pengobatan bersama dengan tenaga kesehatan lain. Perawat dalam memberikan obat juga harus memperhatikan resep obat yang diberikan harus tepat, hitungan yang tepat pada dosis yang diberikan sesuai resep dan selalu menggunakan prinsip 12 benar, yaitu: benar klien, benar obat, benar dosis obat, benar waktu pemberian, benar cara pemberian, benar dokumentasi, benar pendidikan kesehatan perihal medikasi klien, benar hak klien untuk menolak, benar pengkajian, benar evaluasi, benar reaksi terhadap makanan, dan benar reaksi dengan obat lain. Sehingga diharapkan indikator sasaran kesalahan pemberian obat dalam program keselamatan pasien di rumah sakit dapat terwujud yang dapat meningkatkan kepercayaan publik terhadap kualitas pelayanan kesehatan rumah sakit yang bermutu, aman, dan nyaman.

D. Kerangka Teori

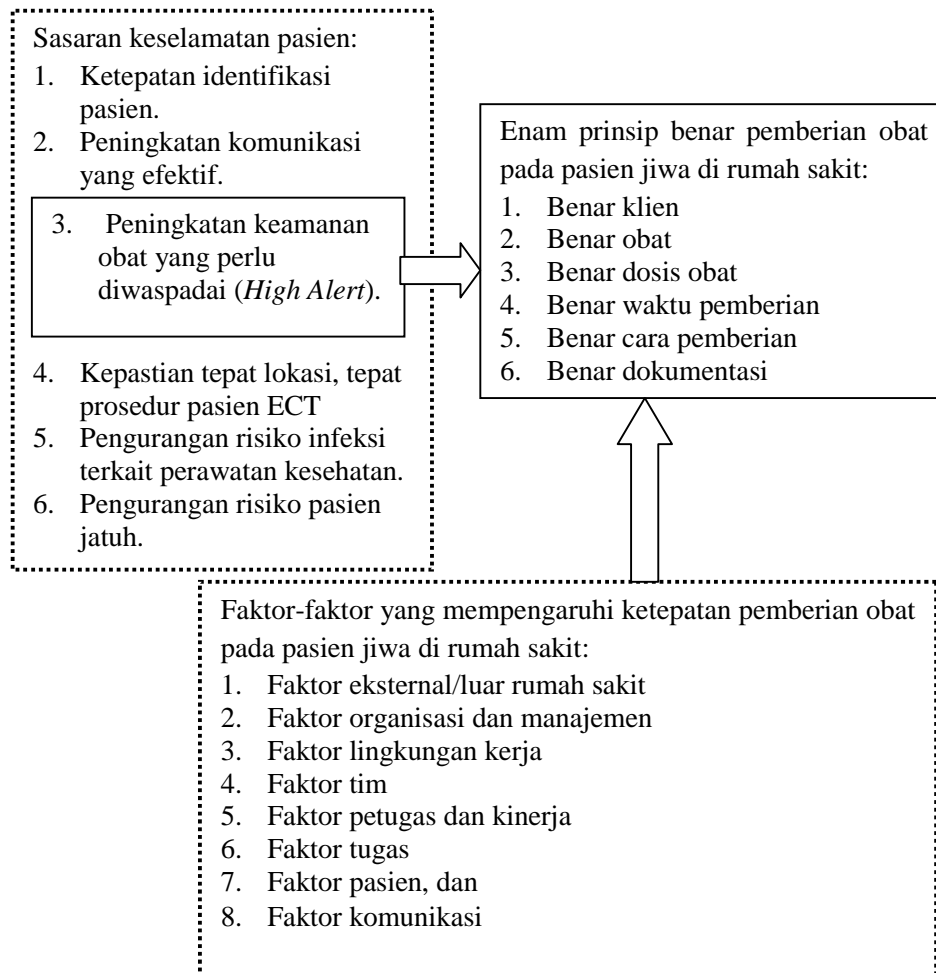


Gambar 2.1.

Kerangka Teori Penelitian


Sumber: *National Patient Safety Agency* (2004); *Depkes RI* (2008); *PMK No. 1691 tahun 2011 tentang Keselamatan Pasien*; *Herawati*. (2011)


E. Kerangka Konsep



Gambar 2.2.
Kerangka Konsep Penelitian

Keterangan:

 : Dilakukan penelitian

 : Tidak dilakukan penelitian

F. Pertanyaan Penelitian

1. Bagaimana upaya mencapai indikator ketepatan pemberian obat benar klien pada pasien dengan gangguan jiwa pasien di Rumah Sakit Jiwa Daerah Dr. RM Soejarwadi Provinsi Jawa Tengah?
2. Bagaimana upaya mencapai indikator ketepatan pemberian obat benar obat pada pasien dengan gangguan jiwa di Rumah Sakit Jiwa Daerah Dr. RM Soejarwadi Provinsi Jawa Tengah?
3. Bagaimana upaya mencapai indikator ketepatan pemberian obat benar dosis obat pada pasien dengan gangguan jiwa di Rumah Sakit Jiwa Daerah Dr. RM Soejarwadi Provinsi Jawa Tengah?
4. Bagaimana upaya mencapai indikator ketepatan pemberian obat benar waktu pemberian pada pasien dengan gangguan jiwa di Rumah Sakit Jiwa Daerah Dr. RM Soejarwadi Provinsi Jawa Tengah?
5. Bagaimana upaya mencapai indikator ketepatan pemberian obat benar cara pemberian pada pasien dengan gangguan jiwa di Rumah Sakit Jiwa Daerah Dr. RM Soejarwadi Provinsi Jawa Tengah?
6. Bagaimana upaya mencapai indikator ketepatan pemberian obat benar dokumentasi pada pasien dengan gangguan jiwa di Rumah Sakit Jiwa Daerah Dr. RM Soejarwadi Provinsi Jawa Tengah?